Allegato 3

VERIFICA DISPONIBILITA' DEL PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA

A tutto il Personale

In considerazione del fatto che nell'Istituto è presente un/a allievo/a affetto da patologia necessitante, in tempi estremamente rapidi, della somministrazione di farmaci salvavita, si chiede a tutto il personale la propria disponibilità alla somministrazione.
Pur trattandosi di un intervento non richiedente alcuna abilità di ordine sanitario, sarà cura dello scrivente richiedere alla ASL di competenza di effettuare una apposita "formazione in situazione".

Il personale potrà comunicare la propria disponibilità inserendo il proprio nominativo e la relativa firma nella tabella che segue, fermo restando che per gli Addetti al Primo Soccorso tale disponibilità è già insita nell'incarico ricoperto. Le persone sotto incaricate, attenendosi alle indicazioni del medico in merito a modi tempi e posologia di somministrazione, sono comunque sollevate da ogni tipo responsabilità penale e civile derivante da tale intervento.

Il Personale disponibile alla somministrazione	
Nome e cognome	**Firma**

Lodi Vecchio, lì _____

Il Dirigente Scolastico

_____